

**社会福祉法人 釧路創生会**  
**特別養老人ホームはるとりの里**  
**介護老人福祉施設**  
**重要事項説明書**

利用契約者（以下、甲とする）に対する施設介護サービス提供開始にあたり、厚生省令第39号第4条に基づいて、当事業者（以下、乙とする）が説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	釧路創生会
法人所在地	北海道釧路市春採7丁目9番8号
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 高橋 雅裕
電話番号	0154-46-7233

2. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム はるとりの里
施設の所在地	北海道釧路市春採7丁目9番7号
施設長名	池田 弥生
電話番号	0154-47-2300
FAX番号	0154-46-7553

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		北海道知事の事業者指定		定数
		指定年月日	指定番号	
施設	特別養護老人ホーム	平成12年4月1日	北海道0174100131	75人
居宅	通所介護	平成12年4月1日	北海道0174100131	44人/日
	短期入所生活介護	平成12年4月1日	北海道0174100131	5人
	訪問介護	平成12年4月1日	北海道0174100131	
	居宅介護支援事業	平成12年4月1日	北海道0174100131	
障害	居宅介護事業	平成18年10月1日	北海道0114100548	
	重度訪問介護事業	平成18年10月1日	北海道0114100548	

4. 事業の目的と運営の方針

事業目的	この事業は、介護保険における介護老人福祉施設として、常時介護が必要で在宅生活が困難な、おおむね65歳以上の方に入所していただき、介護福祉施設サービス（日常生活上の介護、生活相談、機能訓練、健康管理及び療養上の世話などを）提供することを目的とします。
------	--

施設運営の方針	当施設は介護保険のもと、1) 利用者の住まいとしての生活の質の向上、2) 介護支援センターを中心とした福祉サービスの調整・提供、3) 利用者・家族・地域住民の方に信頼される親切な対応・処遇、4) 職員一人一人の専門性・資質の向上、5) 総合防災体制の確立した安全な環境、6) 地域交流スペースを活用した家族・地域住民及びボランティアとの交流に重点を置き、地域住民から「選ばれる施設」を目指し運営していきます。
---------	--

## 5. 施設の概要

敷地		14,629.16㎡
建物	構造	鉄筋コンクリート造三階建て（一部地下一階）／耐火建築
	延べ床面積	2,299㎡
	利用定員	75人

### (1) 居室

居室の種類	室数	面積	一人あたりの面積	(注) 指定基準は一人あたり、 10.65㎡
1人部屋	7室	17.50㎡	17.50㎡	
4人部屋	17室	58.57㎡	14.64㎡	

### (2) 主な設備

設備の種類	数	面積	一人あたりの面積
食堂	2室	69.21㎡	2.99㎡
機能訓練室	2室	39.80㎡	1.59㎡
一般浴室	2室	48.53㎡	
機械浴室	特殊浴槽	2台	
医務室	1室	18.80㎡	

## 6. 職員体制（主たる職員）：特別養護老人ホーム75人+短期入所5人に対し

従業者の職種	員数	区分				保有資格
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者(施設長)	1		1			
生活相談員	2	1	1			介護支援専門員2名
機能訓練指導員	1		1			看護職員1名
介護職員	27	25		2		介護福祉士21名
看護職員	5	2	1	2		正看護師5名
介護支援専門員	1	1				介護支援専門員1名
医師	1				1	内科医 1名
栄養士	2	2				管理栄養士 2名

## 7. 職員の勤務形態

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	9:00～18:00、常勤で勤務	4週8休
生活相談員	9:00～18:00、常勤で勤務	4週8休
介護職員	2F／ 早出 7:00～16:00 日勤 10:00～19:00 遅出 13:00～22:00 夜勤 22:00～8:00	原則として 4週8休
	3F／ 早出 7:00～16:00 日勤 10:00～19:00 遅出 13:00～22:00 夜勤 22:00～8:00 ・運営の状況により本来の時間より変動になる場合があります。	
看護職員	・早出／ 8:30～17:30 ・日勤／ 9:00～18:00 原則として2～3名体制で勤務します ・夜間については、交代で自宅待機し、緊急時に備えます。	4週8休
機能訓練指導員	14:00～16:00、週1回	4週8休
介護支援専門員	9:00～18:00、常勤で勤務	4週8休
医師	毎週1回、1時間/回（不定期）	
管理栄養士	9:00～18:00、常勤で勤務	4週8休

（注）上記の職員数は、常勤換算したものです。

## 8. 施設サービスの概要

### （1）介護保険給付サービス

種類	内 容
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士のたてる献立表により、栄養と甲の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。</li> <li>・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。</li> <li>・食事時間・・・朝食、 8:00～10:00 昼食、12:00～14:00 夕食、18:00～20:00</li> </ul>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・甲の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。</li> </ul>
入浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年間を通じて週2回の入浴または清拭を行います。</li> <li>・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴が可能です。</li> </ul>

離床、更衣 整容など	<ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止のためできる限り離床に配慮します。</li> <li>・生活のリズムを考え、毎朝・夕の更衣を行うように配慮します。</li> <li>・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。</li> <li>・シーツ交換・寝具の消毒は週1回実施します。</li> </ul>
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・機能訓練指導員（看護師）による甲の状態に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するようにつとめます。</li> </ul>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嘱託医師により、各人1回/4週の診察日を設けて健康管理につとめます。</li> <li>・緊急時等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。</li> <li>・利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。</li> </ul> <p>当施設の嘱託医師)</p> <p>氏名：雑賀 裕彦 診療科：内科（所属病院、太平洋記念みなみ病院）</p> <p>診察日：毎週1回、1時間/回（不定期）</p>
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設は甲及びその代理人からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。</li> </ul> <p>（相談窓口：課長生活相談員 山崎和江、主任生活相談員 鈴木大輔）</p>
社会生活上の 便宜	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を充実したものとするために、適宜レクリエーション・行事を企画します。</li> <li>・行政機関に対する手続きが必要な場合には、甲及びその代理人の状況によっては代行します。</li> </ul>

#### その他介護給付サービス

加 算	加 算 内 容
初期加算	・新規に入居及び1ヶ月以上の入院後再び入居した場合、30日間加算。
入院・外泊時 加算	・甲が入院及び外泊の場合、6日を限度として加算。（ただし入院・外泊の初日及び末日のご負担はありません。）
療養食加算	・医師の指示に基づく療養食を提供した場合。
栄養ケアマネジメント 強化加算	・管理栄養士により、栄養ケア計画を作成し、甲又はその代理人に説明し、同意を得られた日からの加算。
日常生活継続 支援加算	・入居者のうち、要介護4～5の割合が70%以上又は認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が65%以上であり、介護福祉士を入居者の数が6又はその端数を増やすごとに1以上配置していること。
夜勤職員配置 加算	・夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1人以上上回っていること。

看護体制加算Ⅰ	・常勤の看護師を1名以上配置していること。
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	・基本サービス費に各種加算を加えた総単位数に13.6%を乗じた単位数を算定させていただきます。
看取り介護加算Ⅰ	・看取り介護を希望され実施された場合に、死亡日までの日数によりそれぞれの単位数が算定されます。
若年性認知症入所者受入加算	・若年性認知症(65歳未満)のお客様を受け入れた場合に算定されます。
科学的介護推進体制加算Ⅱ	・介護サービスの提供によって目的が得られているかを厚生労働省に必要データを提出し客観的に評価される事で算定されます。

※別紙、はるとりの里利用料金表をご確認ください。

## (2) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容
理 容	・水曜日(不定期)、理容師の出張による理容サービスを1回1,500円から(カットのみ)ご利用いただけます。
日常生活品の購入代行	・甲及びその代理人が自ら購入が困難である場合は、施設の購入代行サービスをご利用いただけます。 (申込先、課長生活相談員 山崎和江、主任生活相談員 鈴木大輔)
複写物の交付	・甲はサービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担して頂きます。(10円/1枚)
金銭管理	・自らの手による金銭の管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用していただけます。 詳細は次のとおりです。 管理する金銭等の形態：指定金融機関にて口座を開設し、預金通帳にて施設で管理する。 お預かりするもの：上記預金通帳と通帳印 保管場所：事務室大金庫 保管管理者：施設長 ・管理料として、月額1,000円いただきます。

## 9. 利用料 (法定給付)

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 (施設介護サービス費の1割または2割または3割)

法定代理受領できない場合	<p>介護報酬の告示上の額+居住費用（光熱水費及び室料）+食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本施設が発行するサービス提供証明書を保険者に提出することにより、介護保険給付費から本人負担分を除いた額が払い戻されます。</li> <li>・保険料の滞納等により保険給付額が減額されている場合には減額後の額が払い戻されます。</li> </ul>
--------------	---

\*居住費（滞在に要する費用（光熱水費及び室料（建物設備等の減価償却費））

居住（滞在）に要する費用	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
多床室（2,3,4人室）	1日 915円	1日 0円	1日 430円	1日 430円	1日 430円
従来型個室	1日 1231円	1日 380円	1日 480円	1日 880円	1日 880円

\*食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
食事の提供に要する額	1日 1445円	1日 300円	1日 390円	1日 650円	1日 1360円

利用料は1ヵ月ごとに計算し、前月料金の合計額の請求書を毎月10日以降に発送します。お支払方法につきましては指定金融機関口座からの自動引落としとさせていただきます。なお、自動引落日は毎月20日（金融機関休業日は翌日）となります。

## 10、苦情を解決するために講ずる措置。

### 1) 苦情に対する体制、対応の手順。

苦情に対する窓口として、相談窓口担当者を配置しております。

（課長生活相談員 山崎 和江、主任生活相談員 鈴木大輔）

苦情があった場合は、ただちに苦情窓口担当者が申し立て者に連絡を取り、直接出向くなどして詳しい情報を聞くとともに、サービスの提供担当者からも事情を確認します。そのうえで内容等を精査し、施設長に報告、または必要に応じて検討会議を行い、速やかに対応方法を含めた結果報告、関係者への連絡調整を行います。その際、苦情に対する内容・経過・対応の記録を保管し、再発の防止に活用します。

### 2) 苦情等申立先

当施設ご利用 相談室	<ul style="list-style-type: none"> <li>・窓口担当者：山崎 和江（課長生活相談員）</li> <li>・受付時間：9：00～18：00</li> <li>・電話：0154-47-2300（FAX）0154-46-7553</li> <li>・苦情受付ボックス設置（随時受付）</li> </ul>
釧路市介護保険 担当課	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所在地：釧路市黒金町7丁目5番地</li> <li>・電話番号：0154-23-5151（FAX）0154-32-2003</li> <li>・受付時間：9：00～17：00</li> </ul>

北海道 国民健康保険 団体連合会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所在地 : 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館</li> <li>・電話番号 : 011-231-5161 (FAX) 011-233-2178</li> <li>・受付時間 : 9:00~17:00</li> </ul>
北海道保健福祉 部福祉局施設運 営指導課	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所在地 : 札幌市中央区北3条西6丁目</li> <li>・電話番号 : 011-204-5274 (FAX) 011-232-1097</li> <li>・受付時間 : 9:00~17:00</li> </ul>
北海道福祉 福祉サービス 適正化委員会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所在地 : 札幌市中央区北2条西7丁目かでの2.7</li> <li>・電話番号 : 011-204-6310 (FAX) 011-204-6311</li> <li>・E-mail : <a href="mailto:tekisei@vesta.ocn.ne.jp">tekisei@vesta.ocn.ne.jp</a></li> </ul>

＊苦情解決第三者委員会

当事業所に対する苦情は、次の第三者委員会に申し出ることもできます。

山崎 富男 社会福祉法人 釧路創生会 評議員 TEL0154-46-4956  
 緑ヶ岡・貝塚地区社会福祉協議会 会長  
 牧野 優三 社会福祉法人 釧路創生会 評議員 TEL0154-46-0478  
 春採下町地区社会福祉協議会 会長、春採下町地区連合町内会 会長

1 1, 第三者評価の実施状況

実施なし

1 2, 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人太平洋記念みなみ病院
院長名	佐藤 明人
所在地	釧路市春採7丁目9番9号
電話番号	0154-46-3162
診療科	内科、消化器科、呼吸器科
入院設備	ベッド数80床
救急指定の有無	無

1 3, 協力歯科医療機関

名称	上島歯科医院
院長名	上島 崇聖
所在地	釧路市緑ヶ岡2丁目38番15号
電話番号	0154-41-8211

1 4, 非常災害時の対策

非常事の対応	別途定める「特別養護老人ホームはるとりの里 消防計画」にのっとり対応します。
近隣との協力体制	みなみ病院、老人保健施設たひようと防災対策協議会を設け、非常時の相互の協力体制を確認しています。

防災訓練	別途定める「特別養護老人ホーム はるとりの里消防計画」にのっとり、年2回夜間及び日中を想定した避難訓練を、入居者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	有り	屋内消火栓	有り
	非常階段	2カ所	非常通報装置	有り
	自動火災報知器	有り	漏電火災報知器	有り
	誘導灯	25カ所	非常用電源	有り
	ガス漏れ探知機	有り		
	カーテン・カーペットは防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画など	防火管理者 : 鈴木 大輔			

#### 1 5、当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	面会時間は、14：00～18：00となっております。ご事情により面会時間以外で面会をご希望の場合は別途ご相談ください。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を職員にお申し出ください。
居室・設備・器具の理由	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用してください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります
喫煙	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。また、タバコ、火器は寮母ステーションでお預かりします。
迷惑行為等	騒音等他者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他入居者の居室等に立ち入らないようお願いいたします。
宗教・政治活動	施設内で他者に対する宗教活動及び政治活動は禁止しております。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
現金の保管	居室等で現金を保管される場合は、多額とにならないようお願いいたします。また、紛失等の事故があった場合、当施設は一切の責任を負いません。

#### 1 6、事故発生時の対応及び損害賠償

<p>乙は、甲に対する介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかに甲の後見人、甲の代理人等関係者、市町村に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。その場合、乙はすみやかに甲の損害を賠償します。ただし、乙に故意過失がない場合にはこの限りではありません。なお、事故の状況及び、事故に際してとった処置に対しては記録します。</p>
--

安全管理体制・安全対策体制	安全管理担当者：池田 弥生
---------------	---------------

#### 1 7、身体拘束の禁止

<p>甲又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行うことを禁止します。やむを得ず身体的拘束その他甲の行動を制限する行為を行う場合には、その態様及び時間、その際の甲の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。</p>
--

私は、本書面に基づいて事業所の職員（職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_）から上記  
重要な事項の説明を受け、サービスの開始に同意します。

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

利用契約者                      住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

上記代理人                      住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

(注) 施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含む。